FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938 N° 510

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

GISÈLE BERCOVICI

née le 3 février 1908 à Capu-câmpului (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA NÉVRODERMITE DIFFUSE SUBAIGUE

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas
PARIS (5e)
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

GISÈLE BERCOVICI

née le 3 février 1908 à Capu-câmpului (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA NÉVRODERMITE DIFFUSE SUBAIGUE

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas
PARIS (5e)
1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE. CUNEO. GOSSET. GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOCIAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance Médico-sociale	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	CROUZON. HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
LINE	Pathologie chirurgicale.
ETY	Pathologie médicale
ARD Henri ...	Pathologie médicale
NARD Etienne	Pathologie médicale
ANÇON Justin	Hydrologie.
LIN	Pathologie médicale
LIARD	Histologie.
HALA	Pathologie médicale
VALIER	Pathologie médicale
TE	Pathologie médicale
NON	Physique.
.....	Urologie.
CK	Pathologie chirurgicale.
LIARD	Parasitologie.
TINEL	Bactériologie.
GAUDART -LLIANES ...	Pathologie chirurgicale.
ET	Physiologie.
GENNES	Pathologie médicale
UD	Histologie.
UENAU	Pathologie médicale
PHEN	Oto rhino-laryngologie.
ARD	Pharmacologie.
UENIN	Anatomie pathologique.
NON	Hygiène.
OMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ...	Pathologie médicale
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI..	Neurologie et Psychiâtrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
AVE	Pathologie chirurgicale.
UET	Pharmacologie.
LLEY-BERT.	Physiologie.
IOT	Obstétrique.
Z-BOYER ...	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIES	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR - VALLERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — Chargés de Cours

MM.	
CHIALLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils veuillent trouver ici la marque la plus touchante de mon profond amour filial pour la tendresse qu'ils m'ont toujours prodiguée.

A MA SOEUR

MEIS et AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Professeur à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur PAUL CHEVALLIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Très haut exemple de probité et de sagesse, qui nous a fait le très grand honneur de nous guider dans notre travail.

Hommage de gratitude profonde pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et pour ses conseils précieux qui resteront gravés à tout jamais dans notre mémoire.

INTRODUCTION

Dans le service de M. le Dr. Paul Chevalier, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de névrodermite diffuse subaiguë dans lesquels furent recherchées quelques particularités dont il n'est pas fait mention dans les traités classiques. Sur le conseil de notre Maître, nous consacrons cette thèse à cette maladie exceptionnelle.

Il ne serait pas de mise de refaire ici l'histoire confuse de tout ce que nos ancêtres ont appelé lichen. Hebra et Kaposi limitèrent le terme de lichen au type pur et à ces variétés du lichen ruber planus. Cependant, en 1886, Ernest Vidal soutint que parmi les dermatoses que l'école de Vienne rejetait dans l'eczéma, certaines devaient en être retirées, et il décrivit son lichen simplex chronique. Brocq, d'abord, avec Jacquet, puis seul, analysa ces faits et, créa le terme de lichenification (que Besnier appela lichenisation) pour désigner les états identiques ou analogues à celui du lichen simplex chronique de Vidal. Bientôt il distingua des lichénisations primitives qu'il appela névrodermites. Sous ce nom ou d'autres, sa description clinique a été adoptée dans le monde entier.

*
**

La *lichénification* de Brocq, ou *lichénisation* de Besnier, est une modification spéciale de la peau caractérisée par :

Au point de vue clinique, un épaississement avec perte de souplesse, un état sec, rèche, rugueux de la surface, une exagération des plis normaux donnant un aspect strié et chagriné, un quadrillage à mailles carrées, losangiques ou polygonales, l'existence de papules aplaties à facette apicale brillantes, papules qui dans le corps homogène de la plaque sont contenues chacune dans une des mailles du quadrillage, et qui, à la périphérie ou dans les lichénisations lâches apparaissent isolées, peu saillantes et à peine infiltrées ;

Au point de vue anatomique, une infiltration périvasculaire modérée, mais nette, du derme superficiel, une exagération des papilles qui sont allongées et une hypertrophie épidermique avec hyperacanthose, hypergranulose et hyperkeratose.

La *névrodermite* est une lichénisation primitive et pure c'est-à-dire qu'elle se développe sur une peau auparavant indemne de dermatose et que, durant toute son évolution, elle se caractérise exclusivement ou presque exclusivement par une lichénisation.

Suivant les auteurs les névrodermites comprennent un nombre plus ou moins grand de syndromes différents. Nous ne nous occuperons que des *névrodermites diffuses.*

*
**

En 1891 Brocq écrivait :

« Je ne vous parlerai pas longuement de cette deuxième variété des lichénifications primitives, que j'ai décrite pour la première fois il y a quelques mois à peine et qui est encore à l'étude. Son importance m'engage cependant à vous en dire quelques mots.

Les personnes qui en sont atteintes éprouvent d'abord du prurit en certains points du corps, le plus souvent symétriques et d'une grande étendue. Le prurit peut exister seul, sans autres phénomènes pendant un temps assez long ; puis peu à peu, sous l'influence des grattages et des traumatismes divers, les téguments subissent des modifications d'autant plus promptes et plus accentuées que la prédisposition du malade à la lichénification est plus marquée.

On voit alors se produire le plus souvent des sortes de petites papules, brillantes, aplaties, sans couleur, assez semblables à de minuscules papules de *Lichen planus*. Parfois, alors le prurit cesse, et tout rentre dans l'ordre. mais, si le prurit persiste assez longtemps, les lésions cutanées s'accentuent, l'hypertrophie papillaire devient plus marquée, le derme s'infiltre, s'épaissit ; les téguments présentent un quadrillage d'abord presque imperceptible, puis de plus en plus accentué, à leur surface se voit une sorte de piqueté que l'on croirait au premier abord dû à des vésicules, mais au niveau duquel il est impossible par le grattage d'obtenir le moindre suintement. il est au contraire facile de se convaincre qu'il est uniquement constitué par des saillies papillaires. Les téguments ont parfois une teinte rosée, plus souvent une teinte grisâtre ou légèrement pigmentée ; l'eruption est disposée en vastes nappes diffuses sans limites précises, ou en

placards peu étendus, mais très multiples, reliés entre eux par des lésions moins accentuées disséminées sur des parties de peau encore saines en apparence. Le tout ressemble au premier abord à un eczéma lichénoide diffus.

C'est en somme une véritable névrodermite diffuse, le plus souvent à allures aiguës ou subaiguës, beaucoup plus rarement chronique, et qui peut d'ailleurs se produire soit chez des sujets indemnes de toute autre dermatose, soit chez des sujets déjà atteints de plaques de *Lichen simplex chronique*, c'est-à-dire de névrodermite circonscrite chronique.

L'histologie, l'étiologie de cette affection sont les mêmes que celles des lichénifications primitives circonscrites.

Notre Maître M. Paul Chevallier pense qu'il convient de séparer la névrodermite diffuse franchement chronique, qui est souvent *associée*, de la névrodermite diffuse subaiguë qui est isolée et prend figure de maladie spéciale, non seulement par son aspect mais encore par son *évolution*.

Chapitre I

LES CIRCONSTANCES CAUSALES

La névrodermite diffuse subaiguë est une maladie rare.

Elle semble spécialement fréquente chez la femme.

Elle a été observée chez des adultes d'âge mûr et des sujets jeunes.

Le fait capital de l'éthiologie est que *la névrodermite diffuse subaiguë se développe EN PEAU SAINE, chez des sujets indemnes de toute dermatose* et qui, après la guérison de leur maladie, auront de nouveau une peau parfaite.

Dans les rares cas où existait une dermatose quelconque celle-ci ne fait figure que de coexistence ; elle n'influe pas sur l'apparition ou l'évolution de la névrodermite, pas plus que la névrodermite n'influe sur elle.

Une réserve doit être faite pour la névrodermite diffuse chez les porteurs de névrodermite circonscrite, nous y reviendrons plus loin.

Jusqu'à présent, à la connaissance de M. Paul Chevallier, personne n'a mis en évidence un agent externe qui, agissant sur la peau, pourrait expliquer l'affection par une irritation directe, quel qu'en fut le mécanisme intime.

⁂

Le sujet atteint de la maladie est toujours un nerveux, comme l'a proclamé Brocq. Il ne pourrait être dans notre intention de définir le nervosisme, qui, comme tant de mots usuels que chacun ne comprend qu'en première approximation, désigne un état encore fort mystérieux. Risquant une précision qui ferait sans doute protester les psychiatres, nous dirons que le nervosisme est un mélange d'excitation anarchique et d'impuissance neuropsychique, un état d'inquiétude quasi permanente, très voisin de celui qui donne l'intoxication évidente et chronique par le *café*. Le diagnostic de nervosisme exclut les affections organiques du système nerveux. Il exclut les démences. Il exclut les grandes psychoses qui forment les points de repère de la science psychiâtrique. Il exclut la neurasthénie, terme par lequel certains auteurs étrangers traduisent le nervosisme de Brocq. Il exclut enfin l'hystérie ou pitiatisme : quelle que soit l'opinion que l'on ait sur ce sujet, y compris celle que M. Paul Chevallier exprime en forme de paradoxe par cette phrase que l'hystérie est toujours une erreur de diagnostic, les symptomes de la dite hystérie ne sont en rien ceux du nervosisme.

Brocq parle de psychoses bien définies ; ses textes ne laissent aucun doute qu'il a voulu parler, non pas de ces maladies de l'esprit qui étaient bien caractérisées de son temps, mais de ce nervosisme, de ce psychosisme exagéré, scandaleusement évident et trop souvent agressif, que l'analyse moderne commence à peine à dissocier et à préciser. Seule une forme atténuée de la psychose maniaque dépressive

pourrait être admise en raison de quelques observations antérieures et de l'une de celles que nous publions.

Les malades étant des martyres du prurit, cet hypernervosisme est habituel, encore que non constant, au cours de la névrodermite diffuse. Mais seul nous intéresse ici le nervosisme antérieur.

Considérable dans certains cas, il est minime dans d'autres, et du même degré que celui de tant de femmes qui ne feront jamais de névrodermite diffuse.

Lorsqu'on observe un malade de la première catégorie, on est porté à faire jouer au terrain neuropsychique un rôle de tout premier plan ; en présence d'un patient de la seconde catégorie, on hésite à donner une grande importance à ce terrain.

Le caractère dominant de cette nervosité est bien résumé par la phrase que nous disait une de nos malades : « Lorsque je n'ai pas d'ennuis je m'en crée.

Sur le fond de nervosisme léger, net ou intense, éclatent souvent des orages. Les uns exagèrent les manifestations extérieures de l'irritation neuropsychique, les autres, plus nuisibles au patient, les inhibent en partie. Tantôt la perturbation psychique est la sommation d'émotions minimes, tantôt elle apparaît après un choc violent, chagrin, frayeur, angoisse..... A juste titre, Brocq a insisté sur la brusque perturbation nerveuse qui peut précéder la névrodermite et paraît la déterminer. Mais le fait, si frappant qu'il soit dans certains cas, n'est pas très fréquent, et le plus grand nombre

des névrodermites diffuses semblent apparaître sans cause suffisante.

Les malades observés par M. Paul Chevallier étaient sujets à ces « réactions neuro-végétatives » du mésenchyme commun que l'on décrit souvent sous le nom, en réalité impropre, de cellulite, et qui dépendent en majeure partie, semble-t-il, d'une excitabilité exagérée de certaines formations sympathiques. Sans doute était-ce à ce syndrome que faisaient allusion Brocq et les classiques français en incriminant l' « arthritisme » et l'influence des professions sédentaires, et en signalant l' « alternance » avec des névralgies.

La syphilis acquise ou héréditaire et la tuberculose (qui existent chez un de nos malades) ne paraissent pas plus fréquents chez les néurodermitiques que chez les autres sujets. Aucune notion d'infection ni d'intoxication n'est évidente.

Chapitre II

TABLEAU DE LA PERIODE DE L'ETAT

Signes fonctionnels

Le prurit est considérable : il domine la scène morbide. Il est plus considérable encore que dans la névrodermite circonscrite. Il occupe toute la peau qui présente des lésions, mais, en outre, il a tendance à se généraliser même là où la peau est et reste saine ; lorsque le prurit s'est disséminé, il reste maximum aux régions manifestement altérées.

Continu, il s'exagère par crises qui surviennent à n'importe quelle heure et dont les plus pénibles sont vespérales, nocturnes et parfois matutinales. Plus souvent intermittent, il n'a que ces paroxysmes terribles, qui peuvent durer des heures. Spontanés, ils sont en outre déclanchés par le moindre frottement, le moindre changement de température, une émotion, un aliment... Si les malades ne surveillent pas leur régime, ils risquent des exacerbations post-prandiales.

Malgré l'intensité de ce prurit, des malades volontaires s'abstiennent parfois de se gratter. La plupart se grattent

furieusement, jusqu'à se trouver épuisés à la fin et à subir des véritables crises neuropsychiques.

Jamais cependant la dermatite ne s'eczématise ; quasi jamais elle ne s'infecte. La peau est assez résistante pour que les traces de grattage soient minimes ou nulles même lorsque le malade se sert du tranchant de ses ongles, ce qui d'ailleurs n'est pas constant, beaucoup de patients se frottant plutôt qu'ils ne se hersent.

Signes physiques

Des lésions sont visibles sur une ou plusieurs vastes étendues ; les sièges de prédilection sont le dos, les membres supérieurs, les membres inférieurs, le thorax, le bas-ventre. Les localisations sont en général à peu près symétriques ; il est fréquent cependant que les lésions soient plus étendues ou plus fournies d'un côté que de l'autre.

« Les premières lésions sont constituées par des petites papulettes de la grosseur d'une tête d'épingle, de couleur rosée ou jaune-brunâtre, aplaties, brillantes, aux incidences de la lumière (M. Paul Chevallier en a vu de ternes), mal limitées. Ces papulettes sont absolument comparables à celles de la zone externe de la névrodermite circonscrite.

« Les vastes zones atteintes prennent ainsi un aspect granité sur un fond de couleur rosée ou bistre ou brunâtre.

« Peu à peu la peau prend un aspect rugueux chagriné ; elle devient dure et rèche au toucher. Sa surface se couvre de sillons plus ou moins rapprochées s'entrecroisant pour former un quadrillage irrégulier.

« Les téguments s'infiltrent, mais toujours sensiblement moins que dans la lichenification circonscrite, sauf sur certains points où il peut se former des plaques irrégulières où les phénomènes sont plus accentués, l'infiltration plus marquée, le quadrillage plus serré qui se recouvrent d'un enduit squameux et qui sont, en somme, des plaques de lichenification circonscrite coexistant avec une lichenification diffuse Mais, hors de ces plaques limitées, rares et qui manquent souvent, on peut dire, pour l'ensemble des lésions, suivant l'expression de Brocq, que le processus perd en intensité ce qu'il gagne en étendue. » (Pautrier).

Signes généraux

La température et le pouls sont normaux.

L'intensité du prurit explique l'agacement du malade, son aggressivité et l'exagération de son nervosisme.

Les examens de sang qui nous ont été communiqués par M Paul Chevallier ne montrent pas des particularités importantes. Les globules rouges sont normaux de nombre, de valeur hémoglobinique et d'aspect dans deux cas (cas I. et III.). Ils sont en nombre exagéré dans le cas II. (6.048.000 hgl. 105 vgl. 0,86) qui concerne un tuberculeux soigné dans un sanatorium. Les plaquettes sont normales. Les globules blancs sont normaux : il n'y a ni lymphocytose, ni monocytose, ni polynucléose, ni neutropénie, ni *éosinophilie.*

Voici pour les éosinophiles les chiffres de nos observations personnelles : Cas I = 1,5. Cas II = 0,5. Cas III = 3. Cas IV pas d'éosinophilie.

Il n'existe d'hypertrophie de la rate, ni des ganglions.

L'insuffisance hépatique n'a jamais été incriminée, ce qui semble indiquer qu'il n'existe le moindre soupçon de trouble hépatique.

La langue est normale.

L'estomac est sensiblement normal d'après les recherches gastroscopiques et chimiques de MM. Paul Chevallier, Fr. Moutier, Lemeland et Lacourt. (Il est à remarquer que les mêmes auteurs ont montré que l'estomac est pareillement normal dans la névrodermite circonscrite).

Voici les résultats dans les trois cas que nous rapportons :

Cas	Suc gastrique d'histamine			Gastroscopie (Fr. Moutier)
	HCL libre	acidité totale	chlore total	
I	0,7	1,3	4	Estomac normal, sauf une aphte sur la face antérieure.
II	2,8	3,5	4,7	Estomac normal, sauf hypertonie formidable.
III	1,6	2,8	4,3	Estomac absolument normal.

Les *fonctions intestinales* sont normales, ou leurs variations sont banales.

Le cœur et le système circulatoire n'offrent rien à signaler. La tension est en règle normale.

L'appareil respiratoire est généralement sain. Un de nos malades était tuberculeux. Nous n'avons pas retrouvé les bronchites et l'asthme signalées par Brocq, la façon désin-

volte dont Pautrier les signale semble indiquer que lui non plus ne les croit pas fréquentes.

Le système nerveux est normal. Les réflexes tendineux sont souvent très vifs, comme tous les « nerveux ».

Il n'existe pas de *troubles endocriniens* évidents. Le Wassermann est négatif.

Chapitre III

EVOLUTION

LES PHASES

L'évolution passe par trois phases.

Phase prééruptive : Le prurit précède l'éruption. Bien que Brocq parle d'un temps assez long, il semble bien que la phase preéruptive ne dépasse pas quelques semaines et ne soit le plus souvent que de quelques jours. En réalité la prurit parait souvent très antérieur aux lésions parceque celles-ci sont d'abord discrètes et que le malade ou son entourage ne les remarquent pas tout de suite.

Phase éruptive : L'éruption est nette. Elle persiste où elle est apparue, toujours sur une surface assez vaste, et peut s'étendre à d'autres régions. L'extension ne se fait pas de proche en proche : la zone qui est atteinte peut être loin ou près de la première, la nouvelle éruption évolue pour son propre compte, elle-même précédée de prurit sine matéria dans toute l'étendue qui sera atteinte.

Phase de régression : Le prurit s'atténue, puis cesse. En

même temps, mais avec un retard sur l'évolution du prurit, l'éruption s'affaisse et disparaît.

Telle est du moins la description classique.

Tous les cas que nous rapportons ne la confirment pas. L'observation I, en particulier, est très démonstrative parce que les examens cliniques ont été répétés et que chaque fois l'état de l'éruption et du prurit se trouvent notés avec soin.

Fréquemment l'éruption disparaît avant le prurit. — On ne trouve plus qu'une rougeur légère et un état sec de la peau, que le prurit existe encore, sinon crucifiant, du moins encore net avec ses paroxysmes qui entraînent le grattage.

Alors que la peau est redevenue complètement normale, des bouffées pruritiques atténuées peuvent encore se montrer pendant plusieurs semaines.

La guérison est complète. Il ne reste rien ni modification de la peau, ni différence de couleur, ni prurit.

Les récidives « restent fréquentes », dit Gâté avec la plupart des auteurs. Elles se font dans les régions antérieurement atteintes ou dans d'autres régions. M. Paul Chevallier les croit exceptionnelles.

Complications : Il n'existe pas. La névrodermite diffuse subaiguë *ne se complique jamais d'eczéma* (Pautrier). Les infections de grattage sont rarissimes.

Durée : La durée est *limitée.*

La névrodermite diffuse est une maladie subaiguë, qui semble bien, de façon naturelle tendre à la guérison. On distingue :

Des formes courtes qui ne durent que quelques semaines (Brocq, etc.) M. Paul Chevallier n'en a jamais observé.

Des formes moyennes qui durent quelques mois. M. Paul Chevallier attribue à la maladie une durée moyenne de six mois.

Des formes longues qui ne guérissent qu'après un an à un an et demi, peut-être deux ans.

Les cas ci-dessous rapportés se répartissent ainsi : Cas I = 9 mois Cas II = 13 mois et 1/2, Cas III = un an environ, Cas IV = 5 mois.

Les auteurs parlent de *formes chroniques*, Brocq les signale comme « beaucoup plus rares ». Gâté parle des cas ou le processus dure des « années » et où « la peau s'altère définitivement ». Jadassohn distingue une névrodermite diffuse chronique qui apparaît au cours de l'existence, avec ou sans cause apparente, et qui dure des années, et une névrodermite diffuse chronique qui commence dans la première jeunesse et persiste jusqu'au delà de l'âge adulte.

Pautrier a montré que ces cas ne rentrent pas dans la névrodermite diffuse de Brocq. Notre maître, M. Paul Chevallier, partage son opinion. Sans nier à priori l'existence d'une névrodermite diffuse chronique, stricto sensu, c'est-à-dire au sens de Brocq qui a créé le mot *primitive* et *pure*, analogue objectivement à la névrodermite diffuse subaiguë, il la met en doute et attend pour se prononcer de nouvelles études. (Il laisse de côté la névrodermite diffuse chronique de la face qui est un syndrome spécial qui mérite d'être étudié à part, comme le fait d'ailleurs Pautrier).

Chapitre IV
FORMES CLINIQUES

Jadassohn parle des névrodermites diffuses passagères liées à des maladies bien caractérisées, comme l'ictère, le diabète et la néphrite. M. Paul Chevallier ne pense pas qu'il s'agisse, du moins en règle, de la maladie décrite par Brocq.

***

La plus importante des formes cliniques est celle qui est *précédée d'une névrodermite circonscrite.* Il convient de ne pas confondre ce syndrome avec celui que donne, à la période d'état de la maladie, la formation au centre des zones lichenisées de la névrodermite diffuse, des plaques qui rappellent, en moins accentué, l'aspect de la névrodermite circonscrite.

La névrodermite circonscrite qui nous occupe ici apparaît d'abord isolée, comme une ou plusieurs plaques banales de cette maladie. Mais elle se complique assez vite d'une éruption diffuse.

Notre cas II, en est un bel exemple. Le malade a d'abord présenté une plaque de névrodermite circonscrite à l'épaule gauche, puis une autre au pli du coude. Celle-ci a disparu au

cours de l'évolution de la névrodermite diffuse ; la première a persisté jusqu'à la fin de la maladie.

On remarquera que, dans ce cas, la névrodermite initiale a bien été circonscrite, mais qu'elle n'a pas été vraiment chronique.

A vrai dire il ne semble s'agir d'une névrodermite chronique circonscrite compliquée secondairement de névrodermite diffuse, car l'éruption diffuse ne se voit pour ainsi dire jamais chez les porteurs de plaques lichenifiées invéterées. Véritablement c'est une névrodermite diffuse à début localisé.

Encore que des documents précis méritent d'être renouvelés, il semble que dans certains cas, la névrodermite circonscrite puisse persister après la guérison de la poussée diffuse.

Elle peut récidiver alors qu'aucune autre poussée diffuse ne se fait.

Chapitre V

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

La biopsie ne met en évidence que « des lesions d'inflam-« mation banale de la peau, des simples dermites : il n'y a « absolument rien de spécial » (Brocq).

Les couches superficielles sont infiltrées, autour des vaisseaux de cellules lymphoides : infiltrats nets, mais assez modérés, les papilles sont hypertrophiées, allongées, et le siège d'un certain degré d'œdème. L'épiderme est epaissi, les crètes sont allongées ; l'hyperkeratose est nette. « Les corps muqueux présentent des cellules migratrices et un certain degré d'altération certaine », lésions que M. Civatte a montré être consécutives au grattage. La couche granuleuse est presque partout conservée et intacte, le stratum lucidum a disparu à peu près complètement, et des noyaux cellulaires sont conservés sur d'assez grandes étendues de la couche cornée, la kératinisation n'est en somme qu'un peu affaiblie » (Brocq).

Nous résumons deux résultats de biopsies.

De l'une l'élément élevé était ancien. La figure était celle d'une lichenisation typique avec hypéracanthose, hypergra-

nulose et hyperkératose, allongement des papilles et infiltrats périvasculaires modérés dans la couche souspapillaire.

De l'autre l'élément était tout récent. Les lésions épidermiques du type lichénisation étaient beaucoup plus discrètes. Mais l'infiltration dermique se trouvait beaucoup plus considérable ; il y avait même, dans le chorion fibreux, d'assez gros infiltrats, fait qui est décrit comme rare.

Ces constatations sont en faveur de l'opinion que A. Alexander a défendue, pour cette raison et pour d'autres peut-être discutables ; à savoir que le phénomène initial et principal est une inflammation dermique, qui retentit secondairement sur l'épiderme. M. Paul Chevallier croit plutôt que les lésions dermiques et épidermiques ont la même cause pathogène.

Quoiqu'il en soit les lésions, surtout les jeunes, moins résistantes, se compliquent d'accidents de grattage dont le plus évident est la formation de foyers de spongiose banaux qui, par dégénérescence des cellules (auteurs classiques) ou par artefact de fixation défectueuse (Pautrier) donnent les altérations cavitaires de Leloir.

Nombre d'auteurs attribuent au grattage la lésion totale de la névrodermite : nous allons examiner brièvement ce point de vue.

Chapitre VI

LA PATHOGENIE

Le cadre de ce travail ne nous permet de discuter de façon complète l'influence du grattage sur la formation des dermatoses. Pour les névrodermites, et en particulier la névrodermite diffuse, Jacquet et Brocq et leurs élèves pensent que « *le prurit engendre la dermatite ; les lésions sont toutes dues au grattage.* Peut-être cette théorie eut-elle eu moins de succès si elle n'avait trouvé pour la proclamer les plus éminents des dermatologistes ; c'est encore celle que défend aujourd'hui Pautrier avec tout le poids de sa science et de son grand talent. Notre maître M. Paul Chevallier ne la pense pas exacte.

Si on se limite à la névrodermite circonscrite subaiguë, on peut faire les remarques suivantes :

La précession du prurit sur les lésions visibles n'indique pas forcément qu'il n'y ait aucune lésion, il existe des *dermatoses inapparentes* (Gougerot,) et Jadassohn et d'autres auteurs ont montré que, dans les névrodermites, la biopsie peut révéler des lésions alors que la clinique ne montre qu'une peau normale.

Contrairement à ce qu'il est classique d'affirmer, les lésions

peuvent diminuer et disparaître alors que le prurit persiste, comme le montre particulièrement bien une de nos observations ;

L'intensité du grattage n'est pas parallèle du tout à l'intensité des lésions ; le prurit peut même manquer (Jadassohn, etc.) en des régions lichénisées.

Chez les malades atteints de névrodermite le prurit suivi de grattage, peut, en dehors des zones lichénifiées, occuper des régions ou la peau est apparamment normale.

Ce fait ruine la théorie qui, pour résoudre les difficultés admet une prédisposition générale du sujet à la lichénisation, théorie d'ailleurs qui ne fait que déplacer le problème. Il faudrait admettre une prédisposition localisée : hypothèse toute gratuite et fort peu plausible.

Si l'on abandonne la théorie d'une lichénisation par prurit, le mystère de la maladie reste entier.

M. Paul Chevallier fait remarquer que la névrodermite diffuse subaiguë a l'allure d'une maladie infectueuse.

Quelque soit l'agent pathogène, virus animé ou toxique, il semble se localiser dans la peau et atteindre avec prédilection, — souvent peut être grâce à une faiblesse naturelle de ses fonctions — certaines terminaisons sensitives.

Il est probable qu'il faudra encore beaucoup de temps pour que le mystère de la névrodermite diffuse subaiguë soit complètement éclairci.

Chapitre VII

DIAGNOSTIC

Placé en face d'une névrodermite diffuse subaiguë, l'observateur qui ne connaît pas la maladie est dérouté : les lésions qu'il voit ne ressemblent à rien de banal.

En particulier le tableau clinique est très différent du lichen plan et de l'eczéma.

Le Lichen. — Les papules de la névrodermite diffuse rappellent les papules du lichen plan, mais n'en ont pas la limitation nette, la forme un peu bombée, l'aspect néoplasique, la petite ombilication centrale si fréquente. Elles sont de taille inégale et paraissent plus volontiers surmontées d'une squame adhérente ; elles sont parfois ternes. Leur dissémination n'est pas la même que celle du lichen plan, elle est moins régulière. S'il se forme des plaques nettes et plus infiltrées que le reste des lésions, elles n'ont jamais les stries blanches si particulièrement aux plaques de lichen.

L'eczéma. — « C'est surtout avec l'eczéma, avec les faits décrits sous le nom d'eczéma sec et, en Allemagne, sous le nom d'eczéma calleux, que l'on confond les lichénifications diffu-

ses surtout à l'étranger. Il suffit d'y réfléchir et de regarder pour reconnaître qu'elles n'offrent pourtant pas le tableau clinique de l'eczéma », (Pautrier), en particulier la vésiculation.

Mais ce que l'on confond avec la névrodermite diffuse, ce n'est pas l'eczéma vésiculeux de Willan, mais l'eczéma sec, que Brocq appelle, pro parte, les parakératoses psoriasiformes, M. Paul Chevallier décrit sous le nom d'eczéma parakératosique.

Dans cette affection les vésicules existent, mais elles sont histologiques. Si l'on fait une biopsie, on retrouve, au moins dans les parties récentes, la vésicule de Civatte à la partie supérieure du corps muqueux de Malpighi. Rien de pareil dans la névrodermite.

La clinique elle-même permet la distinction, mais il faut bien avouer que dans certains cas le diagnostic ne se fait pas au premier coup d'œil et qu'il exige une analyse minutieuse des lésions. l'eczéma parakératosique est plus congestif et plus squameux.

Les petites papules qui en marquent le début et qu'on retrouve fréquemment sur les bords de la lésion sont plus rondes, plus animées, plus ternes ; leur grattage si elles sont vierges de grattage antérieur, donne une toute fine goutelette de serosité.

Le prurit est généralement moins vif.

Enfin l'évolution est différente.

Cependant l'eczéma parakératosique a, dans quelques cas, tendance à se licheniser rapidement. Le diagnostic peut être alors très difficile et parfois on se demande si la lichenisa-

tion qui semble une névrodermite n'a pas débuté par un eczéma parakératosique. Même plus ou moins lichenisé, l'eczéma parakératosique conserve son potentiel d'eczéma : il suinte volontiers sous l'influence d'irritants (savonnage etc.) ; et surtout les lésions d'extension sont eczémateuses de par la clinique, et, au besoin, la biopsie, alors que les nouvelles poussées de névrodermite sont d'emblée lichénoides.

La distribution de l'éruption a aussi une grande importance : la plupart des eczémas parakératosiques qui se lichénifient n'ont en rien les sièges ou la diffusion de la névrodermite que nous considérons ; le diagnostic ne se pose guère que dans les cas, assez rares, d'eczéma parakératosique étendu du dos, des épaules et des racines des membres.

*

La besogne la plus délicate est de distinguer la névrodermite diffuse subaiguë d'autres lichénisations très prononcées qui s'en rapprochent.

Nous n'insisterons que sur la *névrodermite circonscrite* qui ne ressemble à la diffuse ni par son aspect, ni pas ses sièges, ni par son étendue, ni par son évolution.

Le diagnostic principal est celui des *névrodermites diffuses chroniques* c'est-à-dire de celles qui durent des années et amènent des modifications quasi définitives de la peau.

Avec Pautrier, et sans rejeter à priori la possibilité des formes extrêmement prolongées de la névrodermite diffuse subaiguë, M. Paul Chevallier pense que les dites névrodermites diffuses chroniques n'ont pas de rapport avec la maladie qui nous occupe. Pour lui elles ne méritent pas le nom de

névrodermites, mais seulement de celui de *lichénifications diffuses* chroniques.

Une première variété appartient au prurigo papulo-lichénien qui est le *prurigo de Hébra*. C'est une affection qui est quasi inconnue en France et qui a une symptomatologie très spéciale ; elle débute presque toujours dans l'enfance et par des papules profondes et très dures de structure spéciale (Civatte), la lichénisation fait une peau énorme, sèche, rugueuse, à poils cassés par le grattage, véritable carapace sans quadrillage notable ; il existe des zones d'eczématisation, d'énormes adénopathies,...

Une seconde variété comprend les *prurigos eczémato lichéniens* de M. Paul Chevallier, l'un papulo-eczémato-lichénien, *prurigo de Brocq* de M. Paul Chevallier, que Brocq décrivit sous le nom de prurigo de Hébra, variété française, d'autre eczémato-lichénien, *prurigo de Besnier*, que Besnier appela prurigo diathésique à forme eczémato-lichenienne. Dans cette affection l'eczéma prend le devant de la scène et masque plus ou moins les autres signes, en sorte que les malades sont étiquetés « eczémateux chroniques ».

Dans ces deux prurigos l'eczématisation a toujours une place capitale et l'on a l'impression qu'elle se développe sur un fond d'eczéma parakératosiques. Ce seraient réellement des eczémas (parakératosiques) diffus lichénisés.

Le *prurit sénile* pourrait, pense Brocq, se compliquer après quelques années de lichénifications diffuses. Peut-être peut-il exister des coincidences ? M. Paul Chevallier a montré que les prétendues lichénifications du prurit sénile n'ont en rè-

gie rien de commun avec les lichenifications des névrodermites diffuses.

La lichénisation diffuse chronique de la face est un syndrome spécial dont nous ne nous occupons pas ici.

Pronostic

Le pronostic de la névrodermite diffuse subaiguë est benin. En porter le diagnostic c'est en prévoir la guérison.

Chapitre VIII

TRAITEMENT

Notre maître M. Paul Chevallier pense qu'au point de vue thérapeutique la maladie se divise en trois périodes : une période d'*augmentation* où tout traitement est décevant ; une période de *stabilisation* où les médications améliorent le malade, et une période de *regression* (spontanée) où le praticien obtient des triomphes thérapeutiques.

***

Le malade demande avant tout qu'on calme son prurit et son énervement.

***

Le régime supprime l'alcool et surtout le café et le thé ; il supprime aussi les aliments que l'expérience montre déclencheurs des paroxysmes. Le repos et la tranquillité mentale sont très importants, mais très peu souvent possibles. L'isolement (maison de santé, campagne, demi-altitude) est une mesure toujours utile mais rarement nécessaire. Dans la belle saison La-Roche-Posay, St-Gervais... peuvent être très utilement conseillés.

⁂

La valériane, le bromure (honni de Pautrier), les barbituriques sont utiles pour calmer l'énervement. Les opiacés tendent généralement à augmenter le prurit.

M. Paul Chevallier a essayé des injections d'extraits d'artichaut, avec un succès passager, des extraits génitaux, sans aucun succès, etc...

Il donne volontiers de la peptone de Witte en cachets d'un gramme une heure avant les repas.

Localement, tout ce qui soustrait la peau au contact de l'air calme le prurit : Pautrier recommande la colle d'Unna.

⁂

Les lotions chaudes, vinaigrées ou autres, mais non irritantes, soulagent passagèrement les démangeaisons.

Brocq conseille l'huile de foie de morue, qui est en effet parfois merveilleuse, mais exige en pratique le repos au lit.

⁂

Le goudron pur, cher à notre maître, les pommades décapantes, resorcinées, salicylées ou autres, le baume Baïssade, etc... réussissent très bien *à la fin* de la maladie. A cette période où s'épuise le génie morbide, elles peuvent guérir en quelques semaines des lésions qu'on craignait rebelles.

OBSERVATIONS INEDITES

Observation I (*Service du Dr. Paul Chevallier, à l'Hôpital Cochin*).

Madame P. Suzanne, 52 ans.

Antécédents. — Aucune maladie sérieuse. Mais depuis vingt ans état de nervosité permanente avec paroxysme d'excitation et de dépression. Douleurs diffuses qui semblent d'origine cellulitique au sens qu'Alquier donne à ce mot.

Début de la maladie. — Sans cause nette, et sans que sa nervosité ni son inquiétude aient été exagérées, apparaît vers le mois de juillet 1937 un prurit dans la région lombaire. Ce prurit s'étend progressivement aux épaules, puis, même aux bras et aux cuisses. La région dorso-lombaire est la plus prurigineuse. La malade ne sait pas quand sont apparues les lésions.

Examen. — Le 18 septembre 1937. Dans la région dorso-lombaire du coccyx aux points des omoplates en hauteur, entre les deux lignes axillaires postérieures du côté, s'étend

une vaste plaque de couleur rosée, formée par la juxtaposition de petites papules irrégulières, aplaties, pseudo-lichéniennes, à surface un peu brillante.

Au centre existe une zone homogène, quadrillée par des sillons gris et peu profonds ; elle est nettement lichénoide et réticulée. A la périphérie on est surtout frappé par l'aspect *granité*, avec squamation adhérente très fine et très superficielle ; ces régions ont été atteintes après les autres ; l'acroissement de la plaque se fait par des éléments qui apparaissent isolément et se relient aux autres grâce à des nouvelles éruptions. Dans le reste du dos, en particulier dans les régions de l'épine de l'omoplate, lésions identiques, aussi diffuses, mais plus discrètes, moins fournies et moins apparentes.

Aux cuisses et aux bras, la peau est seulement sèche au toucher. Le prurit est vif, surtout la nuit. La malade se gratte avec la pulpe des doigts plutôt qu'avec ses ongles ; elle se sert souvent d'un grattoir-mousse improvisé.

Examen anatomique. — Biopsie le 20 septembre 1937, d'un élément jeune de la périphérie, fixation au Bouin. Papilles exagérées, de façon modérée : la lichenification est évidente, mais non intense. Dans le corps de Malpighi quelques îlôts de spongiose qui n'ont ni l'aspect ni la localisation d'une vésicule primaire d'eczéma. Léger œdème des papilles. Dans la couche sous-papillaire et dans le chorion, infiltration périvasculaire de petites cellules rondes, dans le chorion quelques infiltrats assez gros.

Les cellules de l'infiltration sont presque exclusivement des lymphocytes, çà et là une mastzelle ; aucun éosinophile.

Examen général

Appareil digestif. — Langue normale ; absence de constipation et de diarrhée. Après les repas, digestions lente et ballonnement ; parfois sensation de tiraillement douloureux.

Suc gastrique après épreuve de histamime, le 21 septembre 1937. Hcl libre : 0,7 ; acidité totale : 1,3 ; chlore total : 4 (hypochlorhydrie) ; quantité rejetée normale. Gastroscopie (Docteur Moutier). 11 octobre 1937 : estomac normal, sauf une aphte sur la face antérieure (Cette gastrite aphteuse qu'on sait très fréquente et récidivante de façon anarchique peut expliquer les quelques sensations douloureuses de l'estomac dont se plaint parfois la malade. Il est à signaler aussi qu'elle a, antérieurement fait abus d'alcool.)

Aucun symptôme hépatique ni pancréatique.

Appareils cardiaque et pulmonaire. — Tension artérielle au Pachon tantôt 16-8 1/2 tantôt 18-10 1/2, moy. 12, indice 2. Pouls, 80. Lors du premier examen, léger roulement à la pointe sans signes nets de lésion mitrale.

Système nerveux. — Pupilles normales. Réflexes tendineux très vifs. Regard un peu trop brillant. Absence de tremblement, d'hypertrophie du corps thyroïde et d'autres signes basedowiens. Très grande nervosité et émotivité ; la malade dit qu'elle a toujours été ainsi : « lorsqu'elle n'a pas d'ennuis, elle s'en crée ». Sudation émotive intense des aisselles.

Appareil urogénital — Urines normales. Ménopause depuis huit ans.

Sang. — Globules rouges 4.760.000 hgl 95, v. gl. 1, aspect

normal, réticulocytes, 0,5 p. 100. Plaquettes, 244.000. Globules blancs, 5.600 dont, p. 100 : 68,5 neutrophiles, 1,5 éosinophiles, 2 basophiles, 5 lymphocytes (2,5 petits) et 23 monocytes (13,5 sans gran. azur.) ; Arneth, 3,21, 47, 25, 4.

Evolution de la maladie. — La patiente a été revue régulièrement à la consultation du Dr Paul Chevallier environ tous les huit jours d'abord, puis tous les quinze jours. Voici les points les plus intéressants :

Echec des traitements locaux à base de goudron ;

Réussite des injections intrafessières de chophytol (extrait de feuilles d'artichaut), 4 ampoules par jour, au point que le 13 oct. les lésions se sont affaissées ; elles semblent presque guéries ; on voit des rougeurs atténuées sans aucune lichenification nette. Le prurit a beaucoup diminué ; il n'apparait plus que la nuit lorsque la malade a chaud. En outre la malade dit que le chophytol lui a donné une sedation générale de son état nerveux. Mais depuis huit jours l'extrait d'artichaud a été cessé et la malade se plaint vivement d'une surexitation continuelle de ses nerfs.

On reprend le chophytol. Mais il échoue alors complètement. Le 27 octobre le dos est couvert de plaques rouges, rèches, sublichenoides, les démangeaisons sont vives ; des lésions apparaissent sur les flancs.

On essaie la solution de violet de méthyle (aucun résultat), les injections de lutéine (extrait de corps jaune) puis de folliculine à hautes doses (échec complet). Le 22 décembre 37, les lésions sont légères mais très étendues ; certains jours le prurit est discret, d'autres il est intense ; il survient surtout la nuit et après les repas.

Peu à peu cependant, et sans qu'on ose attribuer aux médications externes ordonnées, l'amélioration survient et se précise. On a l'impression que la peptone de Witte donnée en cachets une heure avant les repas a contribué à cette amélioration.

Fin janvier 38, il ne reste localement presque plus rien, seulement quelques rougeurs très atténuées. Les démangeaisons sont moins fortes, elles « vont et viennent », mais existent toujours.

Le 9 mars 38, la guérison est presque complète. La peau du dos est normale. C'est seulement sur et derrière les épaules régions les dernières et les moins atteintes, que l'on retrouve des traces de grattage, et quelques petits éléments disséminés décapités par le grattage. Dans ces régions la malade a encore quelques démangeaisons, mais peu intenses ; elle se plaint de picottement à la 7e vertèbre dorsale.

Au début d'avril, elle nous fait savoir qu'elle est guérie. La maladie a duré 9 mois et, au contraire de ce qu'il est classique d'enseigner, les lésions objectives se sont améliorées et ont disparues avant le prurit.

Observation 11 (*Service de M. le Dr. Chevallier à l'hôpital Cochin*) :

D. Gilles, 24 ans, ferronnier d'art. 25-10-35 ; père mort l'an dernier d'une leucémie aiguë en cinq mois. Mère, frère et sœur bien portants. En 1934, le malade, jusque là bien por-

tant a été pris de fièvre et d'affaiblissement et a maigri ; on a découvert une tuberculose sousclaviculaire droite qui s'est rapidement aggravée ; bacille de Koch dans les crachats. Pneumothorax depuis 14 mois. Le malade est hospitalisé dans le sanatorium de Champosay.

Le prurit a commencé il y a un an (quatre mois après le pneumothorax). Prurit diffus, continuel, exagéré le soir surtout, par des paroxysmes violents qui durent une demi-heure à une heure. Souvent le malade s'endort en se grattant encore. Les paroxysmes prurigineux le réveillent encore la nuit, deux fois en moyenne. Le matin le malade se gratte encore un peu. Mais bien qu'il ait une démangeaison vague, il ne peut plus se gratter du tout dans la journée. Le prurit est indépendant du lit où le patient couche, de ses vêtements qu'il porte, de son alimentation.

La région qui démange est le tronc et les épaules. Le prurit s'arrête à l'ombilic en avant, aux lombes en arrière, au cou (épargné) en haut, aux parties moyennes des bras latéralement. La verge et les bourses démangent aussi.

L'examen des régions prurigineux : a) sur la plus grande étendue, une peau tout à fait normale, b) en quelques points des excoriations petites : le malade décrit très nettement de petites élevures qui apparaissent comme conséquence du grattage et que ce grattage décapite ensuite ; ces papules excoriées sont folliculaires ; ce sont des papules de prurigo au sens d'Auspitz. c) *des plaques lichéniennes*. Ces plaques lichéniennes sont de deux ordres :

1 Sur chaque épaule, mais en des régions non symétriques plaques petites (2 cm. sur 3) mal limitées, irrégulières,

ou la peau est épaissie, sèche, rugueuse, un peu brillante à jour frisant, mais non couverte de quadrillage profond ;

2. Quelques plaques identiques derrière les épaules ;

3. Dans le dos surtout à droite, dans la région de l'omoplate, et un peu sur la poitrine, très vaste placards *continus* qui sont légèrement épaissis et un soupçon saillants, dont la surface est uniformément rugueuse par accentuation des plis et des saillies intermédiaides ; ces placards sont un peu pigmentés, à peine excoriés, malgré le grattage (car ils démangent d'une façon intense), rugueux au toucher mais non couverts de squames détachables. Ces plaques ont des limites progressives. Elles ne sont pas coupées de sillons profonds et le quadrillage est peu apparent. Elles figurent typiquement des plaques de névrodermite diffuse de Brocq. Jamais il n'y a eu trace de suintement. Une biopsie a été faite qui a confirmé le diagnostic clinique. L'épiderme est épaissi avec hyperkératose heperacantose, et infiltration modérée périvasculaire du corps papillaire ;

4. A la verge et aux bourses la région prurigneuse est rouge sombre atténuée et sèche ; la rougeur s'arrête nettement à deux cm. du bord libre du prépuce, elle se répand sur le pubis, où l'on trouve quelques petites plaques bombées, brillantes à jour frisant, légèrement squameuses. C'est la rougeur qui est nette, car il n'y a pas d'infiltration perceptible. Ça et là écorchures de grattage.

5. Au cours du traitement est apparu du prurit à la face interne du pavillon de l'oreille gauche et dans le cuir chevelu : dans cette région nombreuses traces de grattage, sans pytiriasis ni lésions visibles.

La malade raconte qu'au début *il y a eu au pli du coude une plaque analogue*, c'est-à-dire rougeatre, prurigineuse et sèche, de surface uniforme, de dimensions modérées, qui a disparue après quelques mois. Cependant la plaque initiale parait avoir été celle de l'épaule gauche.

Le malade précise bien que la grande plaque lichéonienne de névrodermite diffuse qui se répand sur les épaules et les omoplates, ne démange pas plus que les régions déjà signalées où la peau parait normale.

Excellent état général. Malade de bon embompoint. Digestions parfaites. Sauf les poumons, organes normaux, Depuis un an absence de bacilles de Koch dans les crachats qui sont d'ailleurs très rares.

Sang 26. 10. 35 GL. 6.048.000 Hg. 105, v. gl. 0,86, Plaquettes 292.000, Gl. bl. 4600. Neutroph. 74,5 (Arneth 26, 39, 29, 6, 0.). Eosinoph. 0,5. Baso. 1. Lymphoc. 4,5 (petits 3). Monoc. 19,5 (4.5 a granul). Coagulation allongée 27' (2 épreuves) ; rétraction de forme normale ; temps de saignement 6' 1/2, allongé ; lacet négatif.

Suc gastrique d'histamine : H Cl., ac. libre, 2,8, ac. totale 3,5, chlore total 4,7.

Gastroscopie 4. 11. 35. Dr. F. Montier. Estomac normal, sauf hypertonie formidable. Malgré cela, aucune fragilité de la muqueuse. Acides biliaires du sang 0,010.

La malade a été traité par le goudron de houille, et, dans le cuir chevelu des pommades complexes. Le 18-11, le prurit était disparu sur le corps, en même temps que les lésions étaient très atténuées ; il persistait au cuir chevelu,

Le 7. 12. 35., on enlève le goudron tout est guéri. La prlaque de névrodermite diffuse typique du dos a disparu. Sur les bras et les avants bras, quelques éléments d'acné de goudron. Encore quelques démangeaisons à l'occiput. Température normale. Depuis octobre le malade, qui maintenant dort bien, a engraissé de 1500 gr.

Observation III (*Service de M. le Dr. Paul Chevallier à l'hôpital Cochin*)

F. Louise, 60 ans, 6. 2. 35. Début un an : Prurit surtout vif le soir, vers 17-18 heures ; exagéré par la chaleur. Localisé exclusivement aux membres supérieurs et inférieurs. Aux faces d'extension des membres supérieurs, lésions de grattage, quelques papules excoriées et un épaississement modéré de la peau avec aspect rugueux et un peu brillant de l'épiderme et exagération du quadrillage.

Aux membres inférieurs, sur toute la circonférence des cuisses et des jambes, lésions sèches, diffuses, rougeâtres, non squameuses avec, par places, lichenisation discrète. Rien au tronc. Jamais de suintement.

Langue et digestions normales.

Suc gastrique d'histamine, 7.2.35 ; Hcl libre : 1,6 ; ac. totale : 2,8 ; chlore total : 4,3.

Gastrocopie (Dr. Moutier). Estomac absolument normal.

Sang 6.2.35 : Gl. r. 4,784.000 ; Hg. 80 ; v. gl. 0,84. Plaquettes : 256.000. Gl. bl. 11.200. Neutroph. 75 (Armeth : 15, 41, 36, 8, 0) ; Eosino 3 ; Baso 1 ; Lymphoc. 7 (2,5 pétits). Monoc. 13,5 (7,5 sans granul.) ; Plasmaz. lymphoblastiques 0,5.

Traitement : Vernis au goudron. Amélioration très rapide. Le 24.2. la malade ne se gratte plus du tout et les lésions sont presque disparues. Tout est disparu le 13 mars 1936.

Observation IV (*Communiquée par M. le Dr Paul Chevallier*)

Z. X., 47 ans. Femme petite, mais toujours bien portante ; trois enfants. Assez nerveuse et naturellement inquiète ; quelques poussées de douleurs « cellulitiques », parfois douleurs passagères dans le gros orteil (goutte larvée ?), excellentes digestions.

En janvier 1936, sans cause apparente, apparition de prurit nocturne dans le dos. Les premiers jours on ne voit rien. Bientôt apparaît une éruption discrète d'intensité, mais très étendue ; elle occupe surtout les épaules et le dos.

C'est une névrodermite diffuse typique avec ses paroxysmes terribles. La nervosité est considérable. Cependant la malade, volontaire, ne se gratte pas ; le seul frottement qu'elle se permet parfois est celui de ses vêtements, par des mouvements

des épaules. Le goudron ne réussit pas. Des pommades calmantes la soulagent mieux. Après trois mois et demi de souffrances, diminution progressive du prurit et des lésions. Guérison totale en cinq mois. Depuis il ne reste plus trace de prurit et la peau est tout à fait normale. Absence d'eosinophilie.

CONCLUSION

1. La névrodermite diffuse subaiguë est une maladie spéciale par ses symptômes et son évolution.

2. Elle ne s'accompagne pas de troubles viscéraux ou humoraux. En particulier l'éosimophile manque et l'estomac est normal à la gastrocopie.

3. Le diagnostic se pose surtout avec l'eczéma parakeratosique diffus lichenifié, et avec les névrodermites diffuses vraiment chroniques qui ne semblent pas être des névrodermites mais des lichénifications secondaires chroniques.

4. Insuffisante semble la théorie classique du prurit primitif engendrant la lésion par intermédiaire du grattage. L'inflammation primitve de la peau semble probable. Le rôle prédisposant du nervosisme paraît évident dans beaucoup des cas.

5. Le pronostic est favorable, l'affection ayant une tendance naturelle à la guérison. Les traitements curatifs n'agissent guère qu'à la période de déclin.

Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de la Thèse*
GOUGEROT

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER A. — Neurodermatitis. Handbuch der Hautkranlheiten, de Jadassohm. T. VI, fasc. 1. 1927, page 400 et suiv.

BROCQ. — Cliniques dermatologiques. Tome I. Paris, Masson 1924, p. 319.

CHEVALLIER Paul. — Les prurigos. Traité de dermatologie, Doin Ed. Paris T. II. fasc. I, 1938, p. 404 et suiv.

GATE. — Les lichenifications. Traité de dermatologie, Doin Ed. Paris, T. II, fasc. 2, 1933, p. 194 et suiv.

PAUTRIER L. M. — Les lichenifications. Nouvelle pratique dermatologique, T. VII 1936, p. 500 et suiv.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE RODSTEIN